

SOLICITUD DE DEPÓSITO DIRECTO

Nombre _____ #SS _____

Domicilio _____ #de Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a la Junta de Sindicatos de Western UNITE-HERE fondos fiduciarios ("el Plan de Pensión") para depositar todas las cantidades debido a mi bajo el Plan de Pensiones en mi cuenta en la entidad financiera mencionada debajo. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito o hasta mi muerte, lo que ocurra primero. Si debido a la falta de conocimiento de mi muerte, el Plan de pensiones distribuye cheques de beneficios después de mi muerte por depósito en mi cuenta, yo autorizo y dirigiré a la institución financiera de reembolsar cualquier cantidad de reembolso al Plan de pensiones pagadas después de mi muerte.

Firma

Fecha

Lo siguiente es para ser completado por la Institución Financiera

ACUERDO DE LA INSTITUCION FINANCIERA

La Institución Financiera denominada a continuación se compromete a aceptar para su depósito en la cuenta indicada a continuación, cheques de beneficios pagaderos por el Western UNITE-HERE Fondos Fiduciarios ("el Plan de Pensiones"). La Institución Financiera acepta reembolsar al Plan de Pensiones, la suma de cualquier pensión de jubilación los cheques depositados en la cuenta del beneficiario que representa las pensiones pagadas después de la muerte del beneficiario, siempre que el importe de los depósitos existentes en la cuenta en el momento de la solicitud de devolución es recibido con el Plan de Pensiones.

Nombre de la Institución Financiera _____

Puedes aceptar transacciones "Automated Clearing House"? Si ☐ No ☐

Numero de Ruta Bancaria _____ Número de Cuenta _____

Tipo de Cuenta: ☐ Comprobación (chequera) ☐ Ahorros

Rama _____ # de Teléfono _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del Representante Autorizado

Titulo

Fecha